

# 給与等支払実績および見込額証明願

令和 年 月 日

記号・番号  \*\* . \*\*\*\*

被保険者氏名  ○○ ○○

申請者氏名 (資格確認対象者)  ○○ ○○

通勤費(手当)等を含む  
総支給額を記入ください。

証明を受ける被扶養者資格確認のため、下記の給与  
を○で囲んでください)と①から⑥の該当項目についてご証明を

証明を受ける方の氏名

額  
お願いいたします。

## 令和 年分給与等支払実績および見込額

支給月	総支給額(※通勤費含む)	支給月	総支給額(通勤費含む)
1月	130,000円	8月	見込み 50,000円
2月	130,000円	9月	見込み 50,000円
3月	130,000円	10月	見込み 50,000円
4月	130,000円	11月	見込み 50,000円
5月	130,000円	12月	見込み 50,000円
6月	130,000円	賞与(7月)	100,000円
7月	130,000円	賞与(月)	円
年間支給合計額(見込額含む)			1,260,000円

給与形態 ・ 月給 ・ 日給 ・ 時給 (単価 1,000円)

労働日数 月平均 10日勤務

労働時間 週平均 15時間

①雇用年月日 昭・平・令 ○年 ○月 ○○日

②雇用形態 ・ 正社員 ・ 契約社員 ・ 派遣社員 ・ パート ・ アルバイト

③雇用条件変更年月日 令和 3年 1月 1日 (変更内容 労働時間の短縮)

④健康保険の加入状況 無 ・ 有 資格取得日 昭・平・令 年 月 日  
資格喪失日 令和 3年 1月 1日

⑤雇用保険の加入状況 無 ・ 有 資格取得日 昭・平・令 ○年 ○月 ○○日  
資格喪失日 令和 年 月 日

令和 年 月 日 退職

ません。

年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

※扶養認定を受ける  
ご家族の勤務先

正社員からパートや長時間  
パートから短時間パートへ  
など、雇用形態に変更が生じ  
た場合にご記入ください。

この書類についてのお尋ねは、  
「西日本新聞社健康保険組合  
TEL: 092-711-5160」  
へお問い合わせ下さい。

受付印